Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 12 marca 1881. Nr 11. Rok XX.

TREŚĆ: I. WEHR. Przyczynek doświadczalny do techniki operacyjnéj wycięcia odźwiernika. — II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9.) SCHRAMM. V. Choroby narządu ruchowego. (Dok.) — III. JORDAN. Uwagi z powodu szerzenia się chorób połogowych pomiędzy ludnością żydowską w Krakowie. (Dok.) — IV. *Oceny i sprawozdania*: O szczelinach, rozpadlinach i wrzodach rzyci. Wykład prof. RICHETA. HAMPLEN. BOCHEFONTAINE. FRIEDBERG. — V. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Walne zebranie sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk Pozn. (Dok.) — Sekcyja żółkiewska Tow. lek. gal. — VI. *Odcinek*: MENDELSBURG. Listy z Wiednia. III. — VII. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. — VII. *Wiadomości bieżące*.

I. Przyczynek doświadczalny do techniki operacyjnéj wycięcia odźwiernika.

Podał Dr. W. Wehr.

Bezwątpienia wycięcie raka żołądka uzyskało już dziś prawo obywatelstwa w chirurgii. Dom Braci Śgo Jana Bożego przy ulicy Oudinot w Paryżu w d. 9 kwietnia 1879 roku był świadkiem pierwszéj przez Péana w obec dziesięciu kolegów wykonanéj resekcyi zrakowaciałego odźwiernika. W dniu 16 listopada 1880 roku wykonał Dr. Rydygier w Chełmnie drugą podobną operacyję na 63-letnim mocno wynędzniałym chorym, który to przypadek, również jak i Péana, zakończył się śmiercią.

Z powodu niepomyślnego zejścia tego przypadku, jako też najprzyjaźniejszego zachęcenia przez Dra Rydygiera z drugiéj strony, przedsięwziąłem szereg doświadczeń na zwierzętach, których wyniki, z powodu ważności kwestyi, podaję tymczasowo w skróceniu przed ogłoszeniem całéj pracy *in extenso*.

Przedewszystkiém chodziło mi o rozstrzygnięcie tak po macoszemu przez poprzednich badaczów traktowanego pytania: kiedy i w jakich w ogóle warunkach udaje się ta operacyja? W tym celu postanowiłem poddać każdy akt operacyjny doświadczalnéj kontroli, aby na téj drodze dojść do pewnéj i najracyjonalniejszéj metody operacyjnéj.

Wyniki otrzymane z 13 doświadczeń na zwierzętach, od dnia 8go listopada do dnia 21 grudnia 1880 r. dokonanych, dają się streścić w następujący sposób:

1) Różnica otworów, jaką otrzymujemy po całkowitém wycięciu odźwiernika pomiędzy dwunastnicą a żołądkiem daje się najłatwiéj, najwygodniéj i najpewniéj wyrównać nie przez zwężenie otworu żołądkowego, t. j. nie za pomocą tak zw. *Zwickelbildung* (Gussenbauer, Winiwarter, Kaiser; na kiszce, Baum), ani za pomocą fałdu (Billroth), ani też przez wycięcie trójkąta ze ściany żołądka (Rydygier), lecz przez rozszerzenie otworu dwunastnicy. Odpowiednie zaś rozszerzenie otworu dwunastnicy jest możebnem, jeżeli zamiast poprzecznego przecięcia téjże poprowadzimy cięcie skośne, owalne lub kątowate; w ten sposób według zasad geometrycznych możemy dowolnie przedłużyć, niemal dwa razy, obwód otworu dwunastnicowego.

2) Katgut okazał się, we wszystkich przypadkach pewnym materyjałem do szycia. Zalety jego w pierwszych dniach gojenia się rany kiszki są te same, co i jedwabiu aseptycznego; nigdy nie dał powodu do ropienia lub utworzenia się wrzodów; ma zaś tę wyższość nad jedwabiem, że po zrośnięciu się brzegów kiszki zostaje wessanym bez śladu i dla tego nie może być przyczyną zejścia śmiertelnego po zabliźnieniu się rany, jak to miało miejsce w 5tém doświadczeniu Gussenbauera (*Gussenbauer und v. Winiwarter: Die partiellen Magenresectionen. Langenbecks Archiv* Bd. XIX). Z tego powodu katgut należy uważać jako jedynie przydatny materyjał do szycia przy wszystkich ranach kiszek.

3) Krwotok podczas operacyi, przedewszystkiém jednak niebezpieczeństwo następowego krwotoku po wycięciu odźwiernika są większemi, aniżeliby się wydawać to mogło z prac poprzednich Gussenbauera i Kaisera. Ci ostatni bowiem czynią zaledwie wzmiankę o nieznaczném krwawieniu podczas operacyi, nie zwracając wcale uwagi na niebezpieczeństwo następowego krwotoku, w skutek którego właśnie większa część naszych doświadczeń udaremnioną została.

4) Elastyczne uciskacze (*compressoria*), których przy wszystkich doświadczeniach używałem w celu zapobieżenia wypływowi treści kiszek podczas zakładania szwów, mają tę wyższość nad palcami, że: 1) zajmują mniéj miejsca w szczupłém już i tak polu operacyjném, po 2) uciskają dobrze i jednostajnie, — po 3) ucisk daje się według potrzeby niemi regulować.

5) Jeżeli krwotok podczas operacyi zostanie według reguł sztuki zatamowanym, jeżeli asepsis się uda przeprowadzić jak i przy innych laparotomijach i jeżeli podczas całego przebiegu operacyi zostaną szczelnie zamknięte (uci-

śnięte) otwory przeciętych kiszek, wtenczas prognoza operacyi zależy głównie od założenia szwów.

Dalsze szczegółowe sprawozdanie ogłoszę wkrótce po ukończeniu podjętych doświadczeń w *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.*

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9).

V.

Choroby narządu ruchowego.

Przez Dra H. Schramma.

(Dokończenie. Patrz Nr. 8).

Zapalenie stawów tryprowe (7 przyp.) odznaczało się mniejszém nasileniem przypadków, powolnością przebiegu, skłonnością do przechodzenia w formy przewlekłe i upodobaniem do zajmowania stawów odnóg dolnych. Zapalenia osierdzia lub wsierdzia, jakie w rzadkich przypadkach (Marty, Voelker, Besnier) pojawiać się ma w przebiegu zapalenia stawów tryprowego, nigdy nie spostrzegano, natomiast prawie zawsze znachodzono bóle mięśniowe, w 2 przyp. nerwoból kulszowy, a w jednym przyp. zapalenie tęczówki jako objawy towarzyszące chorobie głównéj. Najlepsze skutki lecznicze widziano z kąpieli siarczanych, dobrego żywienia i środków wzmacniających, obok odpowiedniego leczenia miejscowego trypra, podczas gdy kwas salicylowy wcale nie zmniejszał nasilenia choroby i nie skracał przebiegu téjże.

Dny (*arthritis urica*), która u nas w ogóle rzadko się pojawia, leczono tylko jeden przypadek.

Chory lat 54 liczący, do niedawna żyjący w dostatkach i nadużywający tak jadła i napojów, jak i popędu płciowego, którego matka miała także chorować na dnę, doznał pierwszy raz przed 11 laty nagłych bólów w stawie kolanowym prawym, a bólowi temu towarzyszyła gorączka i wybitne przypady żołądkowe. Od tego czasu co rok powtarzały się bóle bądź w stawie kolanowym prawym, bądź téż skokowym prawym lub śródstopowo-palcowym pierwszym lewym. W ostatnich latach dołączyło się bicie serca. Chory przybył do kliniki po raz pierwszy 28/2 1875 r. Badanie wykazywało tuszę nadmiarową, twarz rumianą z rozszerzonemi naczyniami włosowatemi, język mocno obłożony, stan podgorączkowy, mierny przerost lewéj komórki serca, szmer skurczowy nad aortą, tętno twarde i pełne, mocz skąpy, wysycony, który zawierał w sobie znaczną ilość wolnego kwasu moczowego i szczawianu wapniowego; rzepka kolana prawego była zgrubiała, przy ruchach w stawie kolanowym prawym czuć i słyszeć było można wyraźne chrupotanie, po nad kostką zewnętrzną prawą znajdował się podłużny obrzęk twardosprężysty, przy ucisku bardzo bolesny, okolica stawu śródstopowopalcowego pierwszego lewego była zaczerwieniona i obrzmiała, a najmniejszy ruch bierny w tym stawie sprawiał choremu nieznośne bóle. Chory był bardzo drażliwy, niespokojny i skarżył się na bezsenność, brak łaknienia, nudności i zaparcie stolca. Pobyt w klinice wynosił 3 miesiące. Propylamin, jaboranda i wino ziemowitowe (*vinum colchici*) były zupełnie bezskuteczne; polepszenie zaczęło się pojawiać dopiero po zastósowaniu dyjety mleczno-owocowéj, kąpieli ciepłych i podawaniu węglanu sodowego naprzemian z wodą litową. Przy dalszém używaniu kąpieli i jodku sodowego mocz wrócił do stanu prawidlowego, a obrzęk na kości łydkowéj i obrzmienie stawu śródstopowo-palcowego znikły zupełnie. — Chory zmuszony okolicznościami do prowadzenia skromniejszego życia przez następne trzy lata wolny był od powrotów choroby. Do kliniki zgłosił się ponownie w marcu 1878 r. z powodu bólu w okolicy kostki wewnętrznéj lewéj, który powstał nagle wśród stanu gorączkowego po kilkudniowych przypadach żołądkowych. Na kostce wewnętrznéj lewéj znaleziono obrzęk twardy bardzo bolesny wielkości grosza, po nad którym skóra była zaczerwieniona; zresztą oprócz zgrubienia rzepki prawéj i chrupotania w obudwu stawach kolanowych nie stwierdzono żadnych innych zboczeń w stawach. Mocz w ilości 900 cm. zawierał zwiększoną ilość barwików i fosforanów potasowców a w osadzie kryształy kwasu moczowego i szczawianu wapniowego. Szmer skurczowy nad aortą był wyraźniejszy, a chory doznawał od czasu do czasu napadów dusznicy (*angina pectoris*), wśród któréj tętno stawało się nieregularne. Kwas salicylowy i salicylan sodowy były zupełnie bez skutku, kąpiele zaś ciepłe i woda litowa polepszyły o tyle stan chorego, że z końcem kwietnia 1878 opuścił klinikę z obrzękiem na kostce nieco mniejszym i mniéj bolesnym.

2) Choroby mięśni i powięzi dostarczyły 213 przyp. w klinice ruchoméj. Z wyjątkiem 5 przyp. zapalenia mięśnia lędźwiowego (*psoitis*), wszystkie inne odnosiły się do bólów mięśniowych czyli tak zwanego gośćca mięśniowego. Najczęstszą siedzibą bólu były mięśnie lędźwiowe, daléj mięśnie międzyżebrowe i odnóg górnych, znacznie rzadziéj mięśnie odnóg dolnych i grzbietu. Przeważna część tych chorych znajdowała się między 30—50 r. życia. W każdym miesiącu częstość przypadków była prawie równa, tylko w czerwcu większa, aniżeli w innych miesiącach. Zazwyczaj stósowano prąd indukcyjny i środki odwodzące, między któremi dosyć dobre skutki widziano z plastra tapsyjowego (*tapsia*), który prawdopodobnie sporządzają z *Silphium cyrenaicum.*

3) Choroby kości. Z pośrod 58 przyp. (pomijając skrzywienia kręgosłupa, krzywicę i zapalenia okostnéj) zasługują na uwagę zapalenia kręgów i rozmiękczenie kości. Zapalenie kręgów rozpoznano u 17 chorych, a mianowicie raz skutkiem urazu, 15 razy na tle zołzowém lub gruźliczém, a raz najprawdopodobniéj w następstwie mnogiego zapalenia idyjopatycznego stawów u chorego z usposobieniem zołzowém. U dwóch chorych znaleziono następowe ropnie opadowe, a u 6ciu chorych objawy ucisku na rdzeń pacierzowy lub zapalenia uciskowego rdzenia (*Compressionsmyelitis*). Jeden przyp. ciekawszy co do przyczyny choroby i ze względu na korzystny przebieg zapalenia rdzenia pacierzowego opiszemy w streszczeniu:

M. F. czeladnik szewski, l. 23 liczący, pochodzący z rodziców zdrowych, z wyjątkiem zimnicy nie przebywał żadnych chorób. W jesieni 1875 obrzmiały mu, bez znanéj przyczyny, gruczoły karkowe, z których kilka po obydwu stronach przeszło w ropienie, pozostawiając po sobie widoczne blizny. W zimie 1876, również bez wiadoméj przyczyny, nabawił się zapalenia stawów: kolejno obrzmiały i stały się bolesne stawy łokciowe, nadgarstkowe, następnie obydwa stawy kolanowe, przy czém stos pacierzowy był bardzo bolesny, a chory doznawał częstego kołatania serca. Bóle w stawach utrzymywały się przez kilka miesięcy, zmieniając często swą siedzibę, tylko ból wzdłuż stosu pacierzowego był stałym, i powiększał się przy chodzeniu. W styczniu 1877 roku chory potknąwszy się upadł na pośladki, poczém jednak nie spostrzegł, aby bóle w stosie pacierzowym się powiększyły. W marcu 1877 spostrzegł po raz pierwszy skrzywienie stosu pacierzowego, które starał się wyrównać leżąc na twardo wysłaném łóżku; w sierpniu 1877 począł doznawać mrowienia, uczucia stężenia i chwilowo pojawiających się podrywań w odnogach dolnych, obok uczucia ciężkości i łatwego męczenia się. Niedowład ten zwiększał się stopniowo i to zmusiło chorego do udania się do kliniki, gdzie w dniu 16 listopada 1877 przyjęty został. Badanie organów wewnętrznych nie wykazało żadnych zboczeń. Chory nie gorączkował. Stos pacierzowy w dolnéj części okazywał skrzywienie kąto-

wate, którego wierzchołek stanowił wyrostek kolczysty ostatniego kręgu piersiowego. Kąt skrzywienia wynosił około 60°. Wyrostki kolczyste ostatnich dwóch kręgów piersiowych i dwóch pierwszych lędźwiowych były przy ucisku bolesne i lekko obrzmiałe. Również bolesne i obrzmiałe były wyrostki kolczyste 2—5 kręgu piersiowego. Chory żalił się na ból w pasie (*Gürtelschmerz*) w wysokości 10 i 11 żebra, trętwienie w odnogach dolnych, a badanie przedmiotowe wykazywało nieznaczne upośledzenie czucia i mierny niedowład nóg tego stopnia, że chory mógł się jeszcze przechadzać o własnych siłach. W 10 dni późniéj chory mógł chodzić już tylko z bardzo znaczném wysileniem, a od dnia 4 grudnia nie mógł już ruszyć się z łóżka, gdyż odnogami dolnemi zdołał wykonywać zaledwie nieznaczne ruchy; przy tém ból w pasie się wzmógł, czucie na odnogach dolnych było znaczniéj upośledzone, a nadto pojawił się niedowład pęcherza moczowego. W dniu 7 grudnia porażenie odnogi dolnéj prawéj było już zupełne, lewą zdołał jeszcze chory podnieść na 10 cm. od pościeli, jednakże z wielkiém wysileniem i na czas bardzo krótki; odruchy ścięgniste były bardzo wygórowane, a w nocy miały choremu mimowolnie często podskakiwać nogi. W dniu 17 grudnia już i odnoga lewa była zupełnie porażona, a obiedwie były we wszystkich stawach stężone. W moczu pojawiła się dosyć znaczna ilość fosforanu wapniowego zasadowego, mocz odchodził z wielką trudnością, a pęcherz moczowy nie wypróżniał się należycie. Stolca chory powstrzymać nie mógł i oddawał takowy niekiedy do łóżka, gdy nie nadążono na czas podstawić mu naczynie. Cały stos pacierzowy, osobliwie jednak kręgi lędźwiowe były przy ucisku bardzo bolesne. W pierwszych dniach stycznia 1878 stężenie odnóg dolnych poczęło się zmniejszać, odruchy jednak ściegniste były jeszcze w tym samym stopniu jak poprzednio wzmożone.

W połowie stycznia przedstawiał chory następujący obraz chorobowy: Stos pacierzowy w równéj mierze jak poprzednio skrzywiony, część lędźwiowa nieco mniéj bolesna. Bolesne uczucie w pasie nieco mniejsze i wybitniejsze po stronie lewéj, w 10 i 11 przestworze międzyżebrowym, aniżeli po prawéj. W okolicy nadpępkowéj mierna przeczulica skórna. Czucie skórne na odnogach dolnych bardzo upośledzone: chory nie odróżnia ciała tępego od ostrego, rozpoznaje różnicę w ucisku na podudziu prawém dopiero przy 350 gm., na lewém przy 250 gm., na udach przy 200 gm., nie odróżnia wcale ciała zimnego od mocno ciepłego, dwa wrażenia poznaje jako wrażenia odrębne na podudziach dopiero w odległości 10, a na udach w odległości 8 cm., a co najważniejsza czucie bólu na podudziach jest zupełnie zniesione, a na udach bardzo upośledzone. Obydwie odnogi dolne zupełnie porażone, mimo to odruchy skórne tak wzmożone, że łechtanie podeszwy wywoływa silne podrzucanie nogą i zginanie takowéj w stawie kolanowym; również wygórowane są odruchy mięśniowe i ścięgniste, a objaw stopowy Westphala występuje bardzo wybitnie. Stężenie odnóg dolnych ustąpiło miejsca zwiotczeniu, a nawet rozpoznać można wychudnienie miernego stopnia. Kurczliwość elektryczna utrzymana. Niedowład pęcherza moczowego i kiszki odchodowéj pozostaje w równéj mierze. Wartość dynamometryczna ręki prawéj 30, lewéj 25 kgm.

Z końcem stycznia pojawiły się nowe objawy w postaci zboczenia języka na stronę lewą, mrowienia w lewéj połowie języka i małéj odleżyny na wyrostku kolczystym drugiego kręgu lędźwiowego. Natomiast obrzmienie i bolesność kręgów znikły zupełnie, bolesność w przestworach międzyżebrowych znacznie zmalała, bezczułość bólu na odnogach dolnych była mniejsza, a czucie ucisku poprawiło się do możności rozróżnienia 150 grm.

Z końcem lutego chory potrafił dowolnie poruszać palcami nogi lewéj i palcem małym nogi prawéj. Wartość dynamometryczna ręki prawéj 35, ręki lewéj 32 kilogrm. (ręka lewa była więc poprzednio niedowładna). — W połowie marca zanotowano stan następujący: Chory porusza wszystkiemi palcami nogi lewéj, zgina i wyprostowuje stopę w stanie skokowym, i potrafi w tymże wykonywać ruchy boczne, w nodze prawéj porusza tylko palcem wielkim. Czucie na stopie lewéj zupełnie dokładne, zresztą na odnogach dolnych tak lokalizacyja czucia, jakotéż czucie ciepłoty i czucie ucisku jeszcze upośledzone lubo w mniejszym stopniu, a czucie bólu wszędzie wróciło. Odruchowość mniejsza niż poprzednio. Mocz odchodzi łatwiéj, oddawanie stolca prawidłowe. Chory leżąc w łóżku jest w stanie przewrócić się z boku na bok, bez obcéj pomocy, czego poprzednio sam uskutecznić nie potrafił.

Z końcem kwietnia chory, lubo z trudnością, podnosi obiedwie odnogi i zgina takowe w stawach kolanowych i biodrowych, mocz oddaje łatwo i nie żali się wcale na bóle w krzyżach i w pasie, czucie jest lepsze, odruchowość mniejsza, język nie zbacza, a odżywienie odnóg poprawiło się. W połowie maja chory, lubo z trudnością, przechadza się znów o własnych siłach i w tym stanie opuszcza zakład.

Nie ulega wątpliwości, że w przypadku tym rozpoznanie zapalenia kręgów z następowém zapaleniem mlecza pacierzowego (*spondylitis destructiva subs. myelitide*) było słuszne. Przyczyną pierwotną choroby było prawdopodobnie zapalenie stawów kręgowych w przebiegu zapalenia reumatycznego stawów, jako przyczynę zaś usposabiającą, a względnie wpływającą na przeniesienie się zapalenia ze stawów kręgowych na ciała kręgów, przypuścić trzeba usposobienie zołzowe i upadnięcie w czasie gdy jeszcze nie było skrzywienia stosu pacierzowego. Przebieg choroby zdaje nam się, że jest zajmujący, tak z powodu znakomitéj poprawy w zakresie zboczeń zależnych od zapalenia mlecza pacierzowego, jakotéż z powodu objawów wstępującego zwyrodnienia w rdzeniu pacierzowym (porażenia języka i niedowładu ręki lewéj), które w dalszym przebiegu choroby zupełnie ustąpiły. Leczenie przez cały ten czas polegało na podawaniu tranu na przemian z jodkiem potasu i na używaniu kąpieli letnich.

Przypadek r o z m i ę k c z e n i a k o ś c i (*osteomalacia*) jako mniéj budzący zajęcia opiszemy krócéj: Była to chora lat 37 licząca, wieśniaczka z okolic Łańcuta, pochodząca z rodziców zdrowych, która nigdy ważniejszych chorób nie przebywała. Choroba obecna poczęła się przed 5 laty, po 3cim porodzie, od bólów w odnogach dolnych (więcéj wzdłuż kości aniżeli w stawach) i w stosie pacierzowym, któreto przypady podczas czwartéj ciąży się wzmogły. Poród czwarty odbył się o wiele trudniéj aniżeli poprzednie, a po porodzie tym wystąpiła już trudność w chodzeniu. Podczas piątéj ciąży dolegały choréj mocno bóle w miednicy i w krzyżach, a po porodzie, który odbył się przed rokiem i miał być bardzo trudny, spostrzegła skrzywienie stosu pacierzowego i mostka i wytworzenie się ropnia w okolicy nadgarstka lewego. Od 7 miesięcy chora nie opuszcza łóżka. Przybyła do kliniki 18 czerwca a wyszła 9 lipca 1878 r. Długość ciała 132 cm. odnogi z powodu znacznego skrzywienia kręgosłupa zanadto długie (górne 67, dolne 84 cm.) Głowa długa i wąska, czoło

wypukłe. Zęby po największéj części spruchniałe. Szyja długa. Stos pacierzowy przedstawia dwa garby, z których pierwszy zajmuje całą część piersiową stosu pacierzowego, jest łukowaty i ma wierzchołek na 5 kręgu piersiowym, drugi mniejszy, kątowaty, znajduje się między 3 a 4 kręgiem krzyżowym. Nadto okazuje stos pacierzowy trzy skrzywienia boczne, pierwsze w górnéj części piersiowéj wypukłością na stronę prawą, drugie w dolnéj części piersiowéj na stronę lewą, a trzecie w części lędźwiowéj znów na stronę prawą zwrócone. Klatka piersiowa w wysokim stopniu zniekształcona, żebra lewe od tyłu mocno wygięte, prawe spłaszczone, w bocznych częściach żebra prawe prawie kątowato przegięte, żebra lewe falisto powyginane, mostek dolną częścią ku stronie lewéj zwrócony, a w miejscu połączenia rękojeści z trzonem oraz z chrząstkami 3 i 4 żebra mocno ku przodowi wzniesiony, a łuki żebrowe mocno na wewnątrz wciągnięte. Na odnogach górnych ostatnie falangi stożkowate i ku stronie łokciowéj przegięte, osobliwie na ręce prawéj, paznokcie pazurowato skrzywione, przysadki kości sprychowéj i łokciowéj prawéj zgrubiałe, staw nadgarstkowy lewy obrzmiały i bolesny a na nim kilka otworów, któremi wydobywa się ropa. Odnogi dolne sine i chłodne, łydka prawa grubsza od lewéj, kość łydkowa prawa w całéj długości bolesna, tylne powierzchnie ud wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego bolesne. Ruchy bierne możebne, tylko w stawie kolanowym lewym uderza mierna sztywność; ruchy czynne tak upośledzone, że chora jest w stanie zgiąć odnogi w stawie kolanowym tylko przy bardzo znaczném nasilaniu się, a odnogi wyprostowane podnosi zaledwie o kilka cali, przy czém występuje wyraźne drzenie odnogi i drzenie włókienkowe w mięśniach. Czucie i kurczliwość elektryczna prawidłowe, oddawanie moczu i stolca należyte.

Miednica przedstawiała według badania Dra Bylickiego, ówczesnego asystenta kliniki położniczéj, następujące zboczenia: Spojenie łonowe sterczy w postaci dzióba, po za którém gałęzie poziome kości łonowych wgięte są kątowato ku wchodowi miednicy. Kolce górne przednie kości biodrowéj wgięte ku wewnątrz pod prostym kątem od grzebienia kości biodrowych, a od kąta tego kości biodrowe przebiegają prawie wyprostowane ku kości krzyżowéj. Kość krzyżowa w górnéj swéj części znacznie ku tyłowi wygięta, przez co wyrostki kolczyste trzech górnych kręgów krzyżowych tworzą wygięcie łukowate. Krętarze kości udowych nieco ku przodowi zwrócone. Wymiary zewnętrzne: Szerokość sterczącego spojenia 5 cm., *diameter spinalis* na wewnątrz kości 19 cm. na zewnątrz 21 $^1/_2$ cm., *diameter cristalis* na wewnątrz kości 24, na zewnątrz 27 cm., oddalenie kolców przodkowych od kątów zagięcia 6 cm., oddalenie od siebie kolców tylnych górnych 8 cm., wyrostek kolczysty ostatniego kręgu lędźwiowego stoi na 2 $^1/_2$ cm. nad liniją łączącą oba kolce górne tylne kości biodrowych, konjugata zewnętrzna 17 cm. Badanie wewnętrzne: Łuk ścieśniony utworzony przez przybliżenie wzajemne guzów siedzeniowych i gałęzi prostopadłych kk. łonowych ma kształt dziubowaty i zdoła pomieścić w sobie zaledwie jeden palec; po za nim czuć sterczące ku próżni miednicy dna panewek. Do lini bezimiennéj palec dostać się nie może. Kość krzyżowa okazuje największe wygięcie ku tyłowi na połączeniu 3go z 4tym kręgiem krzyżowym. Wzgórek krzyżowy sterczy ku wchodowi jako szeroko wystający pagórek z głębokiemi zatokami krzyżowo-biodrowemi. Nad nim da się wybadać ostatni kręg lędźwiowy. *Conjugata diagonalis* 10 cm., *conjugata vera* ściśle oznaczyć się nie da.

Łaknienie bardzo upośledzone. Odżywienie bardzo liche. Stan bezgorączkowy. Chora żali się przeważnie na bóle w stosie pacierzowym i w odnogach dolnych. Mocz w ilości 900—1000 grm. na dobę jest barwy sino-żółtéj, oddziaływa kwaśno, c. g. 1028, zawiera według rozbioru prof. Dra Stopczańskiego urochrom w ilości zmniejszonéj, uroksantyn zwiększonéj, mocznik, chlorki i kwas moczowy w ilości prawidłowéj, fosforany ziemne zaledwie prawidłowéj, fosforany potasowców i siarkany w ilości zwiększonéj, nadto zawiera mały ślad białka, a osad składa się z fosforanu wapniowego zasadowego w znacznéj ilości, fosforanu magnowo-amonowego w mniejszéj ilości, i ze zwiększonéj ilości śluzu. Poszukiwanie kwasu mlekowego dało wynik ujemny. Zachowanie się ilościowe wapna i magnezyi w tym przypadku ogłosi prof. Dr. Stopczański przy innéj sposobności.

III. Uwagi z powodu szerzenia się chorób połogowych pomiędzy ludnością żydowską w Krakowie.

Napisał Dr. H. Jordan..

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Wynika jeszcze inna niekorzyść z takiego postępowania. Akuszerka odchodząc po skończonym porodzie pozostawia swoją pacyjentkę: w domu majętniejszym, na opiece posługaczki, a w domach uboższych, rodziny, a więc na opiece osób, od których wymagać przecież nie można, aby zawsze z położnicą stosownie obchodzić się umiały, a które, jak wiemy, zamiłowaniem czystości i porządku pochwalić się nie bardzo mogą. Jeżeli pod tym względem błądzą często uczone i egzaminowane akuszerki, czyż można się dziwić takiéj posługaczce, iż ta np. chwyta pierwszą lepszą brudną szmatkę i ociera nią srom położnicy, aby lekarzowi spływające odchody pokazać? Dość często też przydarza się, iż akuszerka zajęta porodem w jednym domu nie może odwiedzić położnic swoich o oznaczonéj godzinie, i pozostawia je czas dłuższy bez opieki i posługi, ze szkodą ich zdrowia. Sam nieraz widziałem pogorszenia choroby, ponieważ z powodu zajęcia gdzieindziéj położnéj mocz przez kilkanaście godzin nie był odprowadzony, albo wstrzykiwania zalecone nie były robione itp., lub je robiła jakaś osoba z rodziny źle, bo po raz pierwszy w swém życiu.

Podobny zwyczaj opuszczania kobiety po porodzie i przechodzenia od jednéj położnicy do drugiéj zauważa się w praktyce chrześcijańskiéj pomiędzy ludnością ubogą, to też każdy położnik przyzna, iż kobiety ubogie częściéj w połogu chorują niż majętniejsze. Większéj epidemii trudno tu jednak stwierdzić, bo praktyka jest rozdzielona pomiędzy wielu lekarzy i pomiędzy o wiele większą ilość akuszerek, z których każda mniéj zajęta niż nieliczne akuszerki żydowskie mniéj ma sposobności do szerzenia gorączki połogowéj; ale że się epidemije i tutaj przydarzają, mogłem po kilkakroć stwierdzić.

Nasuwa się teraz jeszcze pytanie, dla czego o epidemijach połogowych w prywatnych domach w ogóle rzadko tylko słyszeć można, skoro wyżéj opisane szkodliwe czynniki ciągle działają? Lekarzowi pojedyńczemu trudno jednak jest stwierdzić, czy epidemije takie rzeczywiście rzadko kiedy się przydarzają albo tylko wyjątkowo do wiadomości jego dochodzą; to ostatnie zdaje się być prawdopodobniejsze w obec rozdzielonéj między lekarzami praktyki, szczególnie

o ile dotyczy mniejszych epidemij do kilka przypadków ograniczonych. W każdym razie większy szereg chorych przydarza się wyjątkowo, a przyczyny szukać trzeba w większém zaniedbaniu ostrożności z powodu nawału zajęcia w czasie, gdy liczne odbywają się porody i gdy dłuższy czas przedtém połogi prawidłowo przebiegały. Jeżeli nadto natenczas przypadkowo wypadnie większa ilość porodów ciężkich, długotrwałych, porodów pierwiastek, w których zmiażdżenia i zranienia części rodnych są rozleglejsze, skutkiem czego infekcyja łatwiéj powstaje, snadnie szerzy się zaraza tak długo, aż skrupulatna dezinfekcyja i czystość tamy jéj nie położą. Być może, że i w pewnym czasie położnice stają się skłonniejsze do chorób, w czém jednak ta zwiększona skłonność polegałaby, trudno na teraz wyjaśnić. W zakładach położniczych panują gorączki połogowe najczęściéj w zimie, co łatwo wytłumaczyć większą ilością porodów, większą frekwencyją uczniów i zwiększoną ich pilnością, skutkiem czego więcéj jest sposobności, by rodzącym częściéj badanym jad chorobotwórczy z kliniki chirurgicznéj, z pracowni anatomicznéj lub wreszcie od choréj położnicy zaszczepiony został. Temu tłumaczeniu przyczyny epidemij w zakładach zdaje mi się odpowiadać najlepiéj powyżéj podane tłumaczenie przyczyny pojawiania się epidemij w domach prywatnych.

W powyższym wywodzie usilując wykazać przyczynę szerzenia się epidemij połogowych pomiędzy żydówkami, dotknąć musiałem rozmaitych okoliczności, poczém każdy łatwo zrozumie, dla czego i w sporadycznych przypadkach po największéj części winę akuszerkom przypisuję. Pod tym względem zarzuciłbym im jeszcze nieusprawiedliwioną niechęć wzywania lekarzy, których téż najczęściéj wołają dopiero w ostatniéj konieczności, a że niekiedy chora na tém cierpi, o tém wiedzą dobrze położnicy.

Niech mi teraz wolno będzie podać kilka rad, których przyjęcie i zastosowanie mogłoby, zdaniem mojém, skutecznie zapobiedz szerzeniu się gorączki połogowéj i wpłynąć wiele na rzadsze pojawianie się sporadycznych przypadków. W tym celu radzę:

1) wpłynąć na rodziny żydowskie, aby zamawiając akuszerkę do porodu, wymagały od niéj niewydalenia się z mieszkania położnicy dopóty, dopóki ta jéj pomocy potrzebuje. Wprowadzenie tego zwyczaju nie powinno natrafiać na wiele trudności; żydzi są bowiem bardzo dbali o zdrowie swoje i bardzo praktyczni. Skoro ich się raz uda przekonać, iż w ten sposób zabezpieczyć mogą znacznie swoje żony od ciężkiéj choroby, chętnie poniosą większy wydatek dla położnéj, boć przecież na leki, lekarza, kąpiele itp. w razie choroby więcéj wydaćby musieli.

2) wpływać należy na akuszerki, aby więcéj niż dotychczas dbały o czystość i dezinfekcyję swych rąk, sukien, i narzędzi; pod tym względem konieczne jest współdziałanie wszystkich kolegów, z których każdy wszelkie wykroczenie skarcić powinien; inaczéj unikać będą akuszerki lekarzy surowszych ze szkodą dla pacyjentek;

3) pouczać należy rodzinę rodzącéj, z jakiéj przyczyny najczęściéj gorączka połogowa powstaje; polecić jéj trzeba, aby roztwór kwasu karbolowego był w domu w zapasie i aby rodzina sama zważała na pilne używanie go przez położną do mycia rąk, narzędzi i gąbki (która właściwie powinna być zupełnie z użycia wyrugowaną);

4) położna powinna być pod rygorem kary obowiązana donieść władzy sanitarnéj o każdéj położnicy, która na chorobę gorączkową zapadła; równocześnie powinna wezwać lekarza, który dla kontroli położnéj podobne doniesienie ma uczynić. W doniesieniu jego należałoby umieścić: dzień i przebieg porodu, ilość przebytych ciąży, stan noworodka, dzień początku choroby i jéj formę, wreszcie nazwisko położnéj;

5) wreszcie pożądaném jest odpowiedne rozporządzenie władzy administracyjnéj, aby akuszerka, w któréj zakresie praktyki jedna położnica na gorączkę połogową umarła, lub dwie w krótkim odstępie czasu zapadły, dobrowolnie stawiła się w biurze urzędnika sanitarnego celem wykonania przymusowéj dezinfekcyi rąk i narzędzi. W razie pojawienia się ponownych przypadków choroby w jéj praktyce powinno wykonywanie téjże być jéj wzbronione na pewien przeciąg czasu, np. na dwa tygodnie, jak to już dziś w wielu państwach niemieckich jest zaprowadzone. Względem położnych wykraczających przeciw powyższym przepisom, jakoteż względem tych, które nie donoszą wcale lub donoszą późno o chorobie swoich położnic, powinny być w drodze administracyjnéj kary pieniężne zastosowane.

IV. Oceny i sprawozdania.

O szczelinach, rozpadlinach i wrzodach rzyci. Wykład Prof. Richeta.

Częste przydarzanie się w praktyce prywatnéj takich przypadków chorobowych skłania mię do streszczenia tego wykładu. Richet rozróżnia cztery główne odmiany szczeliny lub co lepiéj wrzodu w rzyci.

Jako pierwszą uważa szczelinę prawdziwą (*vraie fissure)* z powodu, że pozostaje zawsze w stanie pojedyńczéj szpary, ukrytéj między dwiema fałdami promienistemi rzyci i że nie ma skłonności do rozszerzania się i przyjmowania postaci rozpostartego wrzodu. Nie powstaje ona skutkiem zakażenia (*diathèse*), skutkiem już istniejącéj zmiany w stanie ogólnym; jest wynikiem tego, że błona śluzowa rzyci, straciwszy swą giętkość i kurczliwość, ulega rozdarciu w chwili przesuwania się brył kału stwardniałego, rozciągających ją ponad możność rozszerzenia się.

Dalszą odmianą jest szczelina krwawnicowa (*fissure hémorrhoidaire*). Najczęściéj nie jestto szczelina lecz wrzód. Jeżeli ma postać szczeliny, co nie tak często się zdarza, usadawia się, jak poprzednia, w głębi fałdów promienistych, zazwyczaj jednak przydarza się jako owrzodzenie, mniéj lub więcéj rozległe, na wysterczających krwawnicach.

Trzecią odmianą jest szczelina nazwana kiłową, znana pod nazwą *rhagada ani*. Ona także, i to osobliwie w początku, występuje jako szczelina lub rozpadlina prawdziwa, lecz szybko wyradza się we wrzód i ulega przemianom *in situ,* do jakich dochodzą często wrzody kiłowe.

Czwartą wreszcie odmianą jest szczelina lub raczéj wrzód gruźliczy.

Objawy towarzyszące tym odmianom są często bardzo rozmaite, a opisy ich w różnych dziełach prawie wyłącznie odnoszą się do szczeliny prawdziwéj.

Osoby dotknięte nią nadzwyczaj lękają się chwili oddawania stolca; wprowadzenie palca do rzyci zmusza je do wydawania jęków, a czasem po badaniu koniecznėm jest wstrzyknięcie podskórne morfinu. U osób takich nietylko chwilowy ból jest bardzo gwałtowny, lecz zwiększa on się jeszcze przez pietnaście do dwudziestu pięciu minut, a nie-

kiedy nawet przez kilka godzin, po rozszerzeniu rzyci, potém zmniejsza się chwilowo, aby po kilku dopiero godzinach zupełnie ustać. Niektórzy chorzy cierpią ten ból przez dwadzieścia cztery godzin, a nawet i dłużéj. Porównywają go do bólu powstałego po użyciu środka zżerającego, któryby wywołał albo przerywane albo stałe ściągnięcie się zwieracza nader bolesne.

W szczelinie krwawnicowéj właściwéj bóle również się wydarzają, podczas gdy ich nie ma przy wrzodzie krwawnicowym lub też są bardzo niewyraźne. Wtedy chorzy w chwili przesuwania się kału doznają nieprzyjemnego palenia, trwającego przez kilka minut i ustającego powoli.

Przy szczelinach kiłowych lub gruźliczych są boleści tylko w chwili przesuwania się kału, a do usunięcia ich wystarczy utrzymanie czyste: obmywanie wodą zimną lub wstrzykiwania wody lodowéj.

Pod względem siły bólu zachodzą stopnie i tak szczelina albo wrzód kiłowy nie wywołuje prawie żadnego bólu; znaczniejszym jest on przy szczelinie krwawnicowéj; nie do wytrzymania, gwałtowny w prawdziwych szczelinach mimo, że one jako zranienia i jako powikłania wydają się najlżejsze. Co do tych ostatnich zachodzi podobieństwo ze szczelinami brodawki sutkowéj: szczeliny pojedyncze wywołują podczas karmienia bóle jak najgwałtowniejsze, owrzodzenia brodawki z ropniami następowemi sprawiają tylko nieznaczne bóle.

Bardzo ważną okolicznością jest ta, że szczeliny rzytne nader prędko wikłają się z innym objawem, który następnie staje się dominującym: jest to ściągnięcie się (*contraction*) początkowo, późniéj kontraktura zwieracza rzyci.

Ściągnięcie się zwieracza powstaje prawie równocześnie z bólem, czyli ze szczeliną, w szczelinie prawdziwéj. Z początku nie jest trwałe, tak jak podczas zachciewania się na stolec i jest podobne do parcia po czerwonce lub po nadto silném przeczyszczeniu. Wkrótce jednak staje się ono kurczowém i nie do przezwyciężenia; z chwilowego zmienia się na stałe, a wtedy nastaje skurczenie się (*contractura*). To skurczenie się jest z początku fizyjologiczném, t. j. bez zmiany w utkaniu włókien mięsnych, późniéj przy dłuższém trwaniu nastają zboczenia w utkaniu mięśni takie, jakie się spostrzega w mięśniach przy kontrakturach członków. Mięsień twardnieje, traci zdolność rozciągania się, limfa plastyczna wysącza się między włókna pierwotne a one zanikają i przeobrażają się. Skoro takie skurczenie się powstanie, szczelina może zniknąć; skurczenie się (*contractura*) czyli właściwie trudność i bolesność przy oddawaniu kału trwa daléj a wtedy rozpoczyna się nowy okres choroby, któryby można nazwać *fissura sine fissura*.

Otóż taka przemiana w chorobie zdarza się wyłącznie tylko przy szczelinie prawdziwéj.

Ból przy szczelinie prawdziwéj rozpromienia się po wszystkich gałązkach *plexus hypogastrici*: ku przodowi ze strony pęcherza wywołuje częste parcie do oddania moczu; u kobiet wywołuje bolesne kurcze w częściach rodnych; dochodzi aż do okolicy lędźwiowéj i pojawia się jako *lumbago*; rozszerza się na *plexus solaris* i wznieca wymioty i inne zboczenia nerwowe współczulne.

Szczelina prawdziwa może się wytworzyć na każdym punkcie w obwodzie rzyci. Jednakże na cztery razy powstaje trzy razy w tylnéj jéj części i tam należy jéj najpierw szukać. Wygląda jak rozpadlina w głębi fałdu rzytnego bez brzegów twardych, jeżeli jest swieża, o brzegach twardych, jeżeli jest dawna. Dno jest czerwone, drobno ziarniste, niekrwawiące, chyba jeżeli się mocno rzyć rozciągnie. Wytwarza się w miejscu połączenia się skóry z błoną śluzową i niekiedy dochodzi ponad zwieracz zewnętrzny.

Dotykiem stwierdzamy powyższą zmianę jak również, czy jest ściągnięcie się (*contractio*) lub skurczenie (*contractura*) zwieracza. Jeżeli jest pojedyncze ściągnięcie się, zwieracz po upływie jednéj lub dwóch minut wolnieje na palcu, a wtedy przekonać się łatwo, że pierwotna twardość mięśnia ustąpiła. Jeżeli jest kontraktura zwolnienie nie nastaje, stężenie trwa choćby nie wiedzieć jak długo palec pozostał w rzyci a przy wyciągnięciu go ztamtąd wychodzi blady, bez krwi, skutkiem ucisku, na jaki był wystawiony.

Zupełnie inaczéj zachowuje się szczelina krwawnicowa. Z początku rzyć zamiast być lejkowatą jak w poprzedzających przypadkach, jest wysterczającą, wypukłą. Fałdy promieniste są podniesione jakby przez nabrzmiałość krwawą lub edematyczną; wygładzając je znajduje się w ogóle albo owrzodzenie krwawiące na wystającéj części jednego z fałdów, albo, co rzedziéj, owrzodzenie szczelinowe między fałdami. To owrzodzenie jednak, barwy fijoletowéj, krwawi i nie ma brzegów twardych; ściągnięcie się zwieracza jest mniéj silném i krócéj trwającém niż w szczelinie prawdziwéj; ustępuje bez wielkich boleści po wprowadzeniu palca. Błona śluzowa jest jakby edematyczna i nabrzmiała a nie bardziéj sucha i ścieńczała niż w stanie prawidłowym, co cechuje szczelinę prawdziwą.

Szczelina kiłowa ma cechy wrzodu kiłowego, jest mało bolesna przy dotykaniu, barwy szarawéj, prawie zawsze jest ich kilka, nie jak przy szczelinie prawdziwéj, i nie towarzyszy jéj ani kontrakcyja zwieracza uni wysterczanie krwawnicowe. (Dok. nast.)

Dr. Hampeln (w Rydze): **O durze osutkowym.**

Jest to obszerne sprawozdanie z przebiegu epidemii duru osutkowego trwającéj w Rydze przez 22 miesiące, tj. od końca roku 1877 do września 1879. Ważniejsze szczegóły w niém zawarte byłyby następujące:

Liczba chorych leczonych w szpitalu wynosiła 726, z których umarło 102, tj. 68 przypadków powikłanych z innemi chorobami a 34 bez powikłania; z osób mieszkających lub zatrudnionych w szpitalu zachorowało 21 a umarło troje. Leczenie było częścią wyczekujące, częścią polegało na stósowaniu zimnych kąpieli i podawaniu wysokich dawek salicylanu sodowego, bo od 4—8 grm., z następującym skutkiem: 1) Ciepłota opadała prawie w każdym przypadku o 1—2°C. a obniżenie utrzymywało się około 18 godzin; 2) tętno opadało z 120 i wyżéj na 100—80; 3) zajęcie *sensorium*, niepokój i majaczenia albo zupełnie ustępowały albo znacznie łagodniały, chorzy zaś barzdo dobrze lek znosili i działanie jego jako przyjemne opisywali. H. poleca przeto bardzo w durze osutkowym salicylan sodowy, a nie radzi go jedynie podawać w przypadkach połączonych z ciężkiemi przypadami mózgowemi, z bardzo wielkim upadkiem sił i słabéj czynności serca. (W obec tak wielkiéj śmiertelności bo 1:7 działanie i skuteczność salicylanu sodowego nie musiała być tak świetną, jak H. opisuje). *(Deutsches Archiv f. klin. Mediz. B. 27).* *Dr. T. W.*

M. Bochefontaine: **Nowy sposób zadawania kwasu salicylowego.**

Chorzy, którzy nie znoszą salicylanu sodowego, dostają na bolesne stawy kompresy zanurzone poprzednio w 5%

roztworze salicylanu sodowego zobojętnionym kilkoma kroplami amonijaku. B. widział po nich w krótkim czasie znaczne zmniejszenie się bólów, a w jednym przypadku mógł chory, po upływie niespełna pół godziny, wykonywać małe ruchy. Kompresy przerzeczone, prócz tego że wywoływały łuszczenie się, nie drażniły zresztą skóry a dowodem, że przy tym sposobie użycia salicylan sodowy dostaje się do krwi, jest możność wykrycia go w moczu po kilkunastu godzinach. *(Lyon médical* 17). *D.*

Prof. Friedberg (we Wrocławiu): **Przypadek ostrego otrucia kwasem karbolowym.**

Student lat 23 liczący otrzymał w pojedynku dwie rany czołowe, które lekarz opatrywał 2% roztworem kwasu karbolowego. Ponieważ przyplątała się róża, więc zapisano roztwór chininu, którego chory miał zażywać po łyżce stołowej; przez omyłkę atoli zadano mu łyżkę kopiastą kwasu karbolowego (*Acidi carbolici, Glycerini āā* 50), którą wypiwszy zapytał się zaraz, co takiego mu dano. Lekarz, który właśnie nadszedł, znalazł chorego bladego a błonę śluzową jamy ustnej białą, wielkie osłabienie mięśniowe i drżenie, rozpoczynający zapad Wlewanie mleka, usiłowanie wzbudzenia wymiotów okazały się daremnemi; stężenie mięśni grzbietowych, bredzenie, oddychanie utrudnione, silne drgawki w odnogach dolnych i śmierć w 12 minut. Sekcyja wykazała nastrzykanie naczyń, podbiegnięcie krwi i nadżerki na języku, w przełyku, gardzielu i jelicie cienkiém, błona śluzowa żołądka i przyległych części gardziela i dwunastnicy zniszczone, woń karbolowa rozlega się po otwarciu żołądka. Badanie chemiczne w moczu nie wykazało kwasu karbolowego. Ponieważ ów młody człowiek połknął 27 gramów płynu w połowie z kw. karbolowego a w połowie z gliceryny składającego się, pokazuje się więc, że połknięcie $8^1/_2$ grama kw. karbolowego wywołało śmierć w przeciągu 12 minut. *(Virchows Archiv* 1881, T. 83, Zeszyt I, str. 132—139). *L. B.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Walne zebranie sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego.

z dnia 20go grudnia 1880 r.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

Następnie miał odczyt kol. Wicherkiewicz o rodzajach krótkiego wzroku. Skreślił on najpierw znaczenie krótkiego wzroku wykazując, że krótki wzrok nie jest niczém inném, jak tylko objawem wadliwego wzajemnego stosunku siły łamiącéj promienie a długości oka. Ta dysproporcyja wywołaną być może rozmaitemi okolicznościami. Według obliczeń Landolta przypada na każdy mm. odległości siatkówki od ogniska oka Myop. 3,3 Diop. 3, czyli według starego obrachunku $^1/_{12}$, z czego wynika, że już nieznaczna dysproporcyja, nieznaczne oddalenie się siatkówki od ogniska przyrządu dyjoptrycznego, wywołać może znaczny stopień krótkiego wzroku. Stosownie do przyczyn wywołujących ową dysproporcyję rozróżnia kol. W. w ogólności 3 rodzaje krótkiego wzroku. W pierwszym rodzaju znachodzimy oko zupełnie zdrowe we wszystkich swych częściach i władające prawidłowo. Rogówka i soczewka mają formę bez skazy, wszystkie błony oka są zupełnie prawidłowe, również dobrą jest akomodacyja. Gałka tylko jest w całości zbyt długą, czyli ognisko systemu dyjoptrycznego położone jest przed siatkówką samą. Zdaniem prelegenta nie potrzebują więc oczy z długą budową w kierunku osi przedniotylnéj w danych razach być choremi. Mogą być równie zdrowe, jak nadmiarowe lub miarowe. Człowiek obdarzony okiem budowy długiéj widzi za pomocą szkła poprawczego również dobrze w wielkiéj odległości, jak inny okiem prawidłowych rozmiarów; widzi daleko lepiéj nawet (i to bez szkieł) w bliskości. Ta forma krótkiego wzroku nie jest w stosunku do innych rodzai rzadkością. Dotknięci tą wadą zadowalają się wyborem odpowiedniego szkła u optyka, rzadko zasięgają rady lekarza. Taki wzrok krótki jest niekiedy wrodzony, t. j. dziecko nowonarodzone ma już gałkę przydługą. Czasami może także oko mieć pewną wrodzoną inklinacyję do rośnięcia przeważnie w kierunku osi przedniotylnéj. Druga forma krótkiego wzroku, dostrzegana przewa nie w młodym wieku, powstaje, powiada prelegent, przez kurcz mięśnia rzęskowego. Przez to soczewka staje się więcéj wypukłą, skupia promienie światła bliżéj siebie (t. j. przed siatkówką) i nastawia oko na krótkie odległości. Ludzie tacy widzą tylko za pomocą szkieł wklęsłych; z bliska patrzą z przyzwyczajenia bez szkieł, przybliżając przedmiot bardzo blisko. Przy tém wszystkiém skarżą się, w przeciwieństwie do krótkowidzących pierwszéj kategoryi, na łzawienie, drganie w oczach, ból głowy i inne tego rodzaju objawy. Wziernik łatwo wykaże, że stopień krótkiego wzroku nie odpowiada szkłom potrzebnym a przynajmniej używanym celem dokładnego widzenia w odległości. Ten rodzaj wzroku, który kol. W nazywa zwodniczym, daje się usunąć przez atropin, a przytaczając odpowiedni przypadek ze swéj praktyki, objaśnia prelegent nietylko formę krótkiego wzroku, ale nadto skutek kuracyi. Forma ta druga może się łączyć z pierwszą i to wtenczas, jeżeli oko z natury długie, staje się wię éj jeszcze krótkowidzącém przez nieprawidłowo pobudzone działanie akomodacyi. Przy téj sposobności objaśnia prelegent fizyjologiczną i patologiczną akomodacyję, tłumacząc następnie, dla czego konieczną jest przypuścić rozmaitą innerwacyję mięśnia akomodacyjnego (mięśnia Brueckego). Kol. Wicherkiewicz czyni, *per analogiam* tęczówki, włókna poziome i promieniste zależnemi od nerwu współczulnego, a włókna okrężne od nerwu okoruchowego. Przypuszczając osobną innerwacyję łatwiéj, zdaniem prelegenta, pojmiemy, dla czego u krótkowidzącego oka włókna poziome, przeciwnie zaś u dalekowidzącego włókna okrężne więcéj są rozwinięte. Włókna okrężne nadają soczewce wypu klejszą formę, włókna poziome zbliżają nieco tył oka do ogniska a może przyczyniają się do spłaszczenia soczewki. Stosunek ten różnorodny włókien mięśniowych u krótko- i dalekowidzów objaśnia prelegent odpowiedniemi rysunkami. Kurcz takiéj akomodacyi sprawia uruchomienie naczyniówki, jéj podrażnienie i większy napływ krwi. Silniejsza przytém zbieżność osi gałkowych sprawia wzmagającą się czynność mięśni prostych i ukośnych, które wywierają nacisk na gałkę, a w następstwie ją przedłużają. Mięśnie proste cisnąc nadto na niektóre żyły wirowe w okolicy równika, tamują obieg krwi naczyniówki sprawiając przekrwienie téjże, a wreszcie sprawiają, przez zbytnie naprężenie się, coraz większe odczepienie pochwy zewnętrznéj nerwu wzrokowego, na któréj się osadzają, od jego pochwy wewnętrznéj. Rozluźnienie to, przechodząc coraz daléj ku przodowi, przenosi się także i na warstwę wewnętrzną i zewnętrzną włókien twardówki. Przeto otoczenie nerwu wzrokowego ulega zmianom, a mianowicie tworzy się od strony nosa powolny zanik naczyniówki, co się uwydatnia białą plamą, zwaną mylnie: *Staphyloma posticum.* Tak więc nieprawidłowo pobudzona akomodacyja przyczyniać się może nietylko do przedłużenia gałki, ale nadto do zapalenia naczyniówki, wywołując w ten sposób trzecią formę krótkiego wzroku, formę zapalną. Ten rodzaj krótkiego wzroku może także i bez nieprawidłowéj akomodacyi powstać, to jest przez zapalenie naczyniówki a nawet i twardówki. Dla spóźnionéj pory mówi prelegent po krótce tylko o zapaleniu naczyniówki, kładąc przycisk na to, że ogólne złe odżywienie, zołzy, krzywica itd. usposabiają przedewszystkiém do cierpień naczyniówki tyle zależnéj przez swą obfitość naczyń od stanu całego ustroju. Także zapalenia ciężkie ogólne jakoto: zapalenie płuc, opłucnéj, odra, płonica, dur, ospa, czerwonka pozostawiają po sobie skłonność do cierpień oka, w których następstwie krótki wzrok się rozwija. W końcu objaśnia kol. Wicherkiewicz, dla czego młode osoby więcéj ulegają rozwojowi krótkiego wzroku, zastanawia się nad przyczyną i skutkiem przewagi mięśni prostych zewnętrznych i nad szczegółowym stosunkiem wieku do krótkiego wzroku. Odczyty koll. Kaczorowskiego: „Przyczynek do działania zimnego po-

wietrza w suchotach płucnych i tyfusie osutkowym“ i Kapuścińskiego: „Operatywne leczenie ropiastych wysięków opłucnéj“ dla spóźnionéj pory odłożono do przyszłego Walnego Zebrania. Na têm posiedzenie zamknięto.

Dr. Święcicki.

Sekcyja żółkiewska Tow. lek. gal.

Na posiedzeniu odbytêm w dniu 5 lutego rb. w Mostach Wielkich (członków obecnych 10) kol. Dr. Hrycykiewicz odczytał: „O przyczynach zwężeń w przewodzie oddechowym i ich rozpoznaniu,“ poczêm wywiązała się dyskusyja, w któréj zabierali głos koll. Dr. Muszkiet, Kol. Mańkowski i Dr. Zarzycki. — Kol. Dr. Broniowski wniósł, aby każdy z członków Sekcyi przyczynił się do balu urządzonego przez lekarzy lwowskich. — Kol. Dr. Zarzycki opowiedział ciekawy przypadek z praktyki prywatnéj, nad którym w żywéj dyskusyi wszyscy koledzy głos zabierali. — Przyjęto wniosek Przewodniczącego kol. Broniowskiego, aby opieszałych członków na posiedzenia nieuczęszczających zawezwać do pilnego uczęszczania. — Polecono delegatowi na Walne Zgromadzenie, aby poruszył kwestyję organizacyi lekarzy gminnych i przedłożył na Walném Zgromadzeniu elaborat kol. Spiegla dotyczący téj kwestyi.

VI. Listy z Wiednia.

III.

Posługaczki szpitalne i projektowane dla nich szkoły. — Ostatnie dzieło Billrotha. — Kto ma być prymaryjuszem? — Prof. Weinlechner i Docent Hofmokl. — *Hemiatrophia facialis.* — Tajemnicza dama. — Niespodzianka przy sekcyi.

Odpowiednie i umiejętne pielęgnowanie chorych jest bezsprzecznie jednym z najważniejszych czynników, prowadzących do uzdrowienia cierpiącego. Wszelka zdolność i sumienność lekarza ordynującego nie zdadzą się na wiele, jeżeli przepisy i zlecenia jego nie zostaną z całą ścisłością wykonane, i jeżeli chory nie otoczony jest pieczą prawie macierzyńską. W praktyce prywatnéj, ta druga strona lecznicza, a również jak i pierwsza ważna, z łatwością da się przeprowadzić; otaczający bowiem chorego są rodzicami lub krewnymi tegoż, i sama obawa o życie jego jest owym bodźcem, który zmusza ich do sumiennego przestrzegania przepisów lekarskich i znakomitego pielęgnowania. Inaczéj rzecz się ma w szpitalach. Chorzy poruczeni są tutaj opiece ludzi obcych, którym więcéj o własną wygodę aniżeli o wyzdrowienie cierpiącego chodzi. Często charakter pielęgnującéj nie zgadza się z jéj zajęciem; wiemy bowiem, ile takowe wymaga pracy, cierpliwości i łagodności; dla tego kobieta kłótliwa, zła, niemiłosierna a wygodna nigdy dobrą posługaczką szpitalną być nie może. Jednak nie sam charakter rozstrzyga o uzdolnieniu lub nieuzdolnieniu pielęgnującéj. Ostatnia powinna przyjść już do szpitala z pewną wiedzą i znajomością pierwszych zasad, ażeby nie potrzebowała się dopiero uczyć od swych koleżanek starszych, co i jak ma robić, co bezwątpienia połączone jest z ujmą dla chorego, jak to liczne przykłady uczą. Temi myślami wiedziony postanowił prof. Billroth, ów niezmordowany pracownik na polu lekarskiêm, założyć szkołę posługaczek szpitalnych. Zakład ten, na który od roku zbierają się składki, nosi nazwę „Rudolfsstiftung“ i stoi pod protektoratem Następcy tronu. Ma to być mały szpital, pod dozorem jednego lekarza stojący, a celem jego głównym i jedynym kształcenie posługaczek. Warunki przyjęcia są: odpowiedni wiek uczennicy, znajomość pisania i czytania, co w obec inteligencyi tutejszéj ludności jest zbytecznym dodatkiem, jakotéż świadectwo moralności. W zakładzie niniejszym nietylko praktycznie ale i teoretycznie ma się kształcić na zdolną posługaczkę, dla tego ma słuchać odpowiednich wykładów popularnych, a z końcem kursu zdawszy egzamin otrzymać patent. Tylko kobiety takiém świadectwem zaopatrzone będą przyjmowane do szpitali na posługaczki. Takie są najnowsze plany prof. Billrotha, do których z całą siłą dąży, a że zdąży niewątpimy, czego rękojmią jest znana energija mistrza, jakotéż głębokie korzenie, które myśl ta nietylko w kołach lekarskich tutejszych ale w ogóle w pośród myślącéj publiczności zapuściła, składki bowiem płyną obficie. Zdaje mi się, iż zastanawianie się nad têm, czy zakład tego rodzaju jest rzeczywiście potrzebnym, jest aż nadto zbytecznêm. Istnienie tego rodzaju instytucyi we Francyi, Anglii i Stanach Zjednoczonych, jest tego najlepszym dowodem. Czyż szkoły posługaczek nie są równie ważne jak akuszerek? Czêm jest ta ostatnia, jeżeli nie posługaczką rodzącéj. Czy chory chirurgiczny lub cierpiący na jakąś chorobę wewnętrzną nie potrzebuje równie umiejętnego pielęgnowania, jak kobieta rodząca. Nietylko lekarze, ale i cała publiczność przyklaśnie owemu projektowi, i spodziewać się należy, że i nasi uczeni nie będą skąpić mozołu i pracy, abyśmy nie zostali w tyle za Niemcami. W obec tego czuć się dał brak odpowiedniego podręcznika, któryby traktował w popularny sposób o pielęgnowaniu chorych. Literatura nietylko niemiecka, ale i innych narodów jest nadzwyczaj skąpą w tego rodzaju dzieła. Na pewną wzmiankę zasługują dwa podręczniki angielskie, których autorkami są panie Nightingal i Lees, byłe przełożone posługaczek barakowych w wojnie krymskiéj. Prof. Billroth podjął się więc napisania odpowiedniego podręcznika, który niedawno temu opuścił prasę. Książka ta pod tytułem: *Uiber weibliche Krankenpflege*, a 240 stronnic wynosząca, rozpada się na 9 ustępów. Pierwszy z nich traktuje o przymiotach wrodzonych posługaczki, 2gi ma tytuł: „ogólne uwagi nad pielęgnowaniem chorych“, 3ci, „o wykonywaniu zleceń lekarskich“, 4ty, „przygotowania do operacyi“, 5, 6 i 7my „pielęgnowanie chorych gorączkujących, zakaźnych i obłąkanych“, 8my, „pomoc w nagłych przypadkach“, a nareszcie 9ty, „o pożywieniu i dyjecie“.

Przy téj sposobności nie od rzeczy będzie poświęcić słów parę posługaczkom szpitali wiedeńskich, w zupełności bowiem na to zasługują. Nie zwiedzałem szpitali w innych krajach, pod względem cywilizacyi z niemieckim na równi stojących, ale zdaje mi się, iż inteligentniejszéj posługaczki od wiedeńskiéj trudnobym napotkał. Jest ona, śmiało to wypowiedzieć mogę, prawą ręką lekarzy szpitalnych. Zna ona z całą dokładnością każdego chorego w jéj sali leżącego, wie czego mu brak, co ma przepisane, w jakiéj dawce i ilości. Przy wizycie referuje prymaryjuszowi o przebiegu choroby i zachowaniu się chorego, zdradzając czasem wiedzę ściśle lekarską. Lekarz powierza jéj nawet trudniejsze czynności, jak np. kateteryzowanie chorego lub opatrywanie mniejszych ran. Pod względem czynności administracyjnych zupełnie lekarza wyręcza. Sama układa raport dzienny jakotéż i relacyję, tak że lekarz skontrolowawszy podpisać się tylko potrzebuje. Uprzejmość jakotéż prawie wojskowa karność w obec przełożonego uderza każdego na wstępie. Posługaczki tutejsze rekrutują się jednakowoż ze sfer lepszych, nie z najniższych, jak to u nas bywa, a godziny wolne od zajęcia poświęcają czytaniu dzieł, które u nas w bibliotekach tylko ludzi wykształconych napotykamy. Każda sala, mieszcząca w sobie przeciętnie po 20 łóżek, powierzona jest pieczy 2 posługaczek. Wyjść z zakładu może tylko za pozwoleniem prymaryjusza, który oznaczywszy godzinę wyjścia

podpisuje się w odpowiedniéj książeczce. Bez okazania téj książeczki z zakładu wypuszczoną nie zostaje.

W obecnéj chwili, kiedy kilka prymaryjatów było lub jest jeszcze opróżnionych, dzienniki lekarskie tutejsze podniosły pytanie, kogo właściwie prymaryjuszem mianować się powinno, czy docenta, asystenta, sekundaryjusza lub lekarza praktykującego. Dzienniki różne czasem wprost sobie przeciwne objawiają zdania; nie szczędząc sobie nawzajem różnych docinków. Tłem całéj téj walki jest, jak tutaj sądzą, kwestyja czysta osobista, mianowicie w obec wkrótce nastąpić mającéj nominacyi po ś. p. prof. Loeblu. Sprawę tę najlepiéj rozstrzygnęła *Medicinische Wochenschrift* w dość energicznym artykule, w którym objawia zdanie, iż prymaryjuszem winien zostać ten z pośród ubiegających się, który jest najzdolniejszy i który daje rękojmię, iż materyjał powierzony zużytkuje naukowo.

Prof. Weinlechner, dotychczasowy ordynator w szpitalu Rudolfa, objął czynności na oddziale chirurgicznym w szpitalu powszechnym po Drze Zsigmundym. Na miejsce jego mianowany został docent Dr. Hofmokl, polak rodem z Rzeszowa, dotychczasowy ordynator w poliklinice. Opróżnione miejsce po tym ostatnim obejmuje Dr. Mikulicz.

Przed 2 tygodniami mieliśmy sposobność oglądania w klinice prof. Neumanna wady wrodzonéj u mężczyzny w sile wieku będącym, pod nazwą *Hemiatrophia facialis*. Wada polega na zaniku mięśni jednéj połowy twarzy. Część ta nie ma także podściółki tłuszczowéj, w skutek tego skóra zapadnięta bezpośrednio leży na kości. Skóra téj połowy nie posiada ani gruczołów potnych lub łojowych ani zarostu i odbija w szczególny sposób od części twarzy zdrowéj, która jest pełna i zarośnięta. Wszelkie ruchy odbywa chory tylko połową zdrową, gdy tymczasem część zanikiem zajęta zupełnie jest nieruchoma. Łatwo zrozumieć, iż profil połowy zdrowéj i choréj zupełnie inne przedstawia rysy. Najdziwaczniéj przedstawia się ta podwójna twarz, gdy przypatrzymy się jéj z przodu. Człowiek ten, który zamyśla pokazywać się za pieniądze, jest prawdziwym nowoczesnym dwulicowym Janusem.

Przed paroma dniami ukazała się w klinice prof. Billrotha dama czarno ubrana, prosząc o chwilkę rozmowy z samym profesorem. Nie chciała wymienić swego nazwiska, ani ukazać swéj twarzy, dobrze za czarnym wualem ukrytéj. Kiedy prof. Billroth wszedł na salę, szybko wręczyła mu zapieczętowaną kopertę i odeszła natychmiast. Na kopercie było napisane: „W nagrodę za dzielną ostatnią operacyję 5,000 złr. na szkołę posługaczek.“ Koperta rzeczywiście pieniądze te zawierała. Ktoby był ową damą, nikomu nie wiadomo.

Przed czterema dniami robiono sekcyję na ciele zmarłego po laparotomii, przez prof. Dittla wykonanéj. Po otworzeniu jamy brzucha prosektor wyjął z pośród zwojów jelitowych gąbkę wielkości dłoni, którą wśród operacyi zostawiono i zaszyto. Można sobie wyobrazić, jakie to wrażenie zrobiło na samego prof. Dittla. Fakt ten tutaj zatajano, i jabym o nim nic nie wiedział, gdybym nie był przypadkowo przy sekcyi obecny.

Dr. Henryk Mendelsburg.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(J. B.) Komisyja sanitarna krakowska odbyła posiedzenie d. 7 bm. pod przewodnictwem Dra Warschauera, na którém: 1) Dr. Buszek przedłożył wykaz śmiertelności za styczeń rb. nadmieniając, że w tym miesiącu umarło 45,5 według obliczenia na rok i 1000, że najwięcéj umarło z chorób narządu oddechowego i że obecnie często się pojawiają przypadki odry. 2) Tenże przedłożył sprawę oficyn cyruliczych pod obrady. Opierając się na §. 49 ustawy przemysłowéj wnosi: aby zabronić golarzom używania szalek jako godeł sklepowych, a z uwagi, że dekret kancelaryi nadwornéj z r. 1816 zabronił cyrulikom utrzymywania oficyn dawno przed zniesieniem szkół chirurgicznych, jest zdania, aby trzem egzaminowanym cyrulikom pozwolić prowadzić oficyny pod godłami szalek wywieszonych nad sklepami z zastrzeżeniem, aby się zajmowali tylko najdrobniejszemi czynnościami lekarskiemi, należącemi do najniższéj służby lekarskiéj, dla jakiej dotąd nie istnieją u nas szkoły. Po poparciu przez Dra Korczyńskiego wniosek przyjęto. 3) Dr. Rybczyński wnosi, aby rozciągnąć ścisły nadzór nad akuszerkami i to głównie niegzaminowanemi, przytaczając przypadek, o którym doniósł Magistratowi, że akuszerka zaniedbała wezwać pomocy lekarskiéj i naraziła przez to płód na utratę życia, a Dr. Korczyński zwraca uwagę na trudnienie się praktyką osób niepatentowanych, pomiędzy innemi Byszewskiéj, która leczyła w Krakowie homopatycznie przez 2 tygodnie. Fizyk Dr. Buszek odpowiada, że sprawę akuszerek traktowano gruntownie na posiedzeniu Tow. lek., wybrano komisyję do poczynienia odpowiednich wniosków, że fizykat poczynił już należyte kroki celem dopilnowania ściślego, aby akuszerki zawsze stósowały się do swéj instrukcyi, że sprawę, o któréj wspomniał Dr. R. oddano na drogę sądową i prosi, aby także na przyszłość dawano znać o każdym podobnym przypadku. Do lekarzy wystósował już Magistrat odezwę, aby każden lekarz dawał znać fizykatowi miejskiemu o swojém osiedleniu się w mieście i wyniesieniu się z miasta na stałe, celem utrzymania wykazu stałego lekarzy do praktyki w mieście uprawnionych, że fizykat ma na oku tę ważną sprawę partactwa lekarskiego w mieście od dawna zagnieżdżonego i prosi o nadsyłanie wiadomości o wszelkich w tym względzie nadużyciach, gdyż zwolna i tylko wspólnemi siłami da się usunąć wiele panujących u nas nieprawidłowości. Dr. Tuszyński domaga się przy téj sposobności, aby także dla obwodu III, jako obfitującego w najuboższą ludność, ustanowiono miejską akuszerkę. — 4) Dr. Korczyński zwraca uwagę na sprzedaż środków ogłaszanych w dziennikach publicznych także po sklepach korzennych sprzedawanych i zaleca wydanie popularnego pouczenia dla publiczności o niezmiernem wyzyskiwaniu łatwowiernych ludzi, dających się wabić na podobne środki lecznicze, zamiast zasięgać umiejętnéj rady lekarskiéj. Fizyk Dr. B. odpowiada, że wina tego ciąży na samych aptekarzach, którzy na własną stratę podają rękę podobnym nadużyciom, że Magistrat upomniał już o to gremijum aptekarskie, a u Namiestnictwa wystarał się jeszcze w październiku z. r. o polecenie zarządowi cłowemu, aby środki lekarskie i podejrzane o truciznę wydawano osobom nieuprawnionym do ich sprowadzania jedynie za okazaniem świadectwa przez fizyka m. wydanego, że odbywa się rewizyje sklepów peryjodycznie, za wszelkie nadużycia karze się kupców grzywnami. — 5) Dr. Tuszyński zapytuje, co się dzieje z jego wnioskami o zaprowadzenie domu podrzutków? Fizyk odpowiada, że sprawę tę traktowano łącznie z zapisem na ten cel zrobionym przez śp. Dra Kitowskiego i przyrzeka o dalszych jéj losach zdać sprawę na najbliższém posiedzeniu. 6) Tenże uskarża się na gromadzenie kości po kuchniach i mnożeniu się w skutek tego robactwa wszelkiego rodzaju, jak np. w pomieszkaniu samego lekarza obwodu III, na co fizyk odpowiada, że kontrolowanie porządku wewnątrz pomieszkania osób prywatnych przechodzi granicę kompetencyi urzędowéj a właściciela składu kości na końcu ul. Starowiślnéj pociągnął już Magistrat do odpowiedzialności, podobnie jak i handlarzy na Kotłowém, którzy w workach przechowywali kości. — 7) Dr. Obaliński zapytuje, czyby miasto nie mogło się już raz pozbyć śmietników, zaprowadzając na śmieci wózki i ich wywożenie. Fizyk odpowiada, że sprawę tę poruszył już w Magistracie, przydzielono ją wydziałowi I, gdzie łącznie ze sprawą czyszczenia miasta obszernie była traktowaną. — 8) Dr. Kaź. Grabowski przedkładając instrukcyję dla służby zdrowia miejskiéj, pozostawioną przez śp. fizyka Dra Mohra, wnosi: aby ją przyjąć prowizorycznie. Po odczytaniu części téjże uchwalono zredagować ją odpowiednio do dzisiejszych stosunków, do czego wybrani zostali Drowie: K. Grabowski, Buszek i Rybczyński.

* W roku 1882 odbędzie się drugi Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich, połączony z oddziałem pedagogicznym i z wystawą przyrodniczo-lekarską; dział lekarski obejmować będzie 4 sekcyje: medycyny wewnętrznéj, sekretarz Dr. Maixner, chirurgii sekr. Dr. Michl, medycyny teoretycznéj sekr. Dr. Chudoba, i medycyny rządowéj, sekr. Dr. Bělohradský. Prezesem Wydziału gospodarczego jest prof. Eiselt.

* Sprawa Izb lekarskich nareszcie, jak się zdaje, dostanie się pod obrady Izby poselskiéj we Wiedniu. Komisyja odnośna ukończyła bowiem swoje prace i ułożyła projekt ustawy.— Wiedeń ma otrzymać osobną dla siebie Izbę lekarską. Nie wiadomo jeszcze, czy Komisyja dla Galicyi proponuje jednę lub dwie Izby.

* Minister spraw wewnętrznych we Francyi złożył Komisyję z 40 członków, mającą przejrzeć i poprawić ustawę z r. 1838 o obłąkanych i zastanowić się nad warunkami higijenicznemi przytulisk dla chorych na umyśle. *(Gaz. des Hôp.)*

Wiadomo, że oprócz Anglii *(Lunacy Act)* tylko Francyja posiada ustawę o obłąkanych, podczas gdy inne państwa ograniczają się do różnych rozporządzeń. Ustawa francuska z r. 1838 uchodzi za bardzo dobrą, a jednak rząd uważa za potrzebną jéj rewizyję; u nas nikt nie myśli o podobnéj ustawie.

* Rząd egipski ustanowił radę sanitarną z siedzibą w Kairze składającą się z 12 członków przez rząd mianowanych, oraz radę dla kwarantany morskiéj w Aleksandryi, na czele któréj stać będzie mianowany przez rząd lekarz europejski. Urządzenia te mają wielką wagę i dla Europy, jeżeli się zważy, że Egipt jest kolebką wielu chorób pospólnych i epizoocyj.

(J. B.) Kongres międzynarodowy lekarski, mający się odbyć od 2—9 sierpnia rb. w Londynie, przedłoży szereg higijenicznych pytań pod obrady. W 1szym dniu: Środki przeciwko chorobom zakaźnym tak szerzącym się z kraju do kraju jak i w granicach pewnego kraju, mianowicie: przeciwko febrze żółtéj, cholerze i dżumie, przeciwko durowi brzusznemu, płonicy, odrze, krztuścowi, błonicy, kile, nosaciznie, wściekliźnie, wąglikowi. — W 2gim dniu: Wpływ pokarmów i napojów (oprócz wody) na szerzenie się chorób: pasorzytniczych, gruźliczych i zakaźnych. — W 3cim dniu: Pod jakiemi warunkami mogą lekarze aprobowani pewnego kraju praktykować w innym kraju; sposoby zaradzenia fałszywym wnioskom statystycznym w nomenklaturze i klasyfikacyi lekarskiéj.

(J. B.) W r. 1879 umarło na 1000 mieszkańców: w Nicei 43,5; w Petersburgu 38,8; w Odesie 37,9; w Aleksandryi 36,6; w Dublinie 35,7; w Bukareszcie 35,5; w Tryjeście 35,1; w Bombayu 34,9; w Marsylii 32,4; w Krakowie 32,2; we Lwowie 31,9; w Strasburgu 31,7; w Budapeszcie 31,6; w Barcelonie 31,6; w Królewcu 31,4; w Kalkucie 30,4; w Medyjolanie 29,5; w Hamburgu 28,2; w Neapolu 29,3; w Pradze 27,9; w Dreźnie 27,8; w Berlinie 27,7; w Gdańsku 27,5; w Paryżu 26,9; w Kopenhadze 26,6; w Kolonii 26.4; w Nowym Yorku 25,8; w Hadze 25,6; w Wrocławiu 25,5; w Lipsku 25,5; w Monachijum 25,4; w Wiedniu 24,9; w Amsterdamie i Brukseli po 24,4; w Londynie 23,6; w Rzymie 23,1; w Stokholmie 22,5; w Chrystyjanii 17,4; w Filadelfii 17,2; w San Francisco 14,4; *(Corresp. d. niederrhein. Ver. f. oeff. Gesundheitspfl. Bd. IX)*.

Statystyka epidemij. W tygodniu 6 (do 12 lutego) ospa jeszcze bardziéj rozszerzyła się w Londynie. Świeżo zapadło 176, umarło 52, leczyło się w szpitalach 729. Również i w Paryżu podniosła się liczba ospowatych leczonych w szpitalach do 167, umarło 39. W Budapeszcie umarło 15, w Maladze 9, Wiedniu 27. W innych większych miastach pojawiają się sporadyczne przypadki ospy. W Filadelfii umarło z ospy (od 9—15 stycznia) 40. Z duru brzusznego umarło więcéj w Paryżu a mniéj w Petersburgu. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 33. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro od (1—15 grudnia) 9. W tygodniu 8 (do 19 lutego) umarło w Krakowie: 1 z ospy, 5 z odry, 2 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z duru brzusznego, 1 z duru osutkowego, 3 z gorączki połogowéj, a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 9 odry, 1 płonicy, 3 krztuśca, 2 duru brzusznego, 2 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 7 (do 12 lutego) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 35,7; we Lwowie 32,4; w Poznaniu 25,5; w Wiedniu 33,3; w Budapeszcie 38,5; w Pradze 43,2; w Tryjeście 52,3; w Berlinie 22,5; w Wrocławiu 27,0; w Gdańsku 23,7; w Dreźnie 24,1; w Lipsku 18,5; w Monachijum 30,5; w Genewie 21,5; w Brukseli 26,1; w Amsterdamie 28,1; w Hadze 34,4; w Paryżu 31,3; w Londynie 23,0; w Kopenhadze 30,7; w Petersburgu 51,1; w Odesie 31,0; w Wenecyi 36,6; w Bukareszcie 23,8; w Madrycie 48,9; w Barcelonie 29,6; w Saragosie 40,5; w Lisabonie 40,6; w Aleksandryi 41,0; w Nowym Yorku 31,1; w Filadelfii 22,4; w Bombayu 35,2; w Madrasie 49,7. *J. B.*

Sprawozdanie o śmiertelności

w miastach Galicyi liczących nad 15.000 ludności. (Kwartał czwarty 1880).

Nazwa miasta	Ludność według obliczenia w 31/XII 1880.	Liczba zmarłych bez nieżywo urodzonych	Stosunek zmarłych obliczony na 1000 mieszkańców i na rok	Wiek zmarłych: 1 rok	2—5 lat	6—20 lat	21—40 lat	41—60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany	Przyczyna śmierci — Choroby zakaźne: Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.	Inne panujące choroby: Suchoty płuc	Zapalenie płuc, krtani i tchawicy	Inne ostre choroby narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Choleryna	Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.: Śmierć przypadkowa lub nieznana przycz.	Samobójstwo	Morderstwo lub zabójstwo
Lwów	110 252	1098	40.0	163	231	123	186	194	200	1	1	18	105	63	2	20	—	—	2	7	—	198	156	6	14	—	50	1	424	15	9	—
Kraków	67.000	526	31.3	88	115	50	81	102	90	—	14	1	51	23	5	6	1	—	9	4	6	63	101	20	1	1	34	—	183	3	—	—
Brody	19.804	144	29.0	34	23	16	11	23	37	—	—	—	8	13	—	1	1	—	—	—	—	13	10	7	—	—	8	—	83	—	—	—
Drohobycz	18.172	203	44.6	55	57	29	13	20	29	—	—	11	57	10	2	7	—	—	—	—	—	5	12	27	4	—	3	—	63	2	—	—
Kołomyja	24.662	288	46.7	65	121	40	27	19	16	—	51	—	41	28	—	1	—	—	—	1	—	14	38	3	1	—	—	—	110	—	—	—
Przemyśl	21 984	131	23 8	34	12	12	21	17	35	—	—	—	—	5	2	6	—	—	1	1	2	14	13	6	3	—	9	1	66	2	—	—
Stanisławów	18 084	217	48 0	98	36	19	18	19	27	—	—	46	—	19	5	5	1	—	—	2	—	16	11	1	—	—	3	2	106	—	—	—
Tarnopol	24 847	209	33.6	66	37	37	18	24	26	1	—	—	4	44	—	20	—	—	1	—	—	22	29	2	—	—	2	7	72	5	—	1
Tarnów	24.006	252	42.0	52	62	38	46	26	28	—	60	1	3	31	—	4	3	—	5	1	—	16	39	—	2	1	13	1	62	3	1	1
Razem	—	3068	—	655	694	364	421	444	488	2	126	77	269	236	16	70	6	—	18	16	8	361	409	72	25	2	127	12	1169	30	16	2
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych:				21 3	22 6	11.8	13.7	14.4	15.8	0.1	4.1	2 5	8.7	7.6	0 5	2.2	0.2	—	0.5	0.5	0.2	11.7	13.2	2.3	0.8	0 1	4.1	0.37	38 1	0.9	0 6	0.1

dzieci niżéj 5ciu lat 43 9%

choroby zakaźne: 27·1%

Dr. Merunowicz.

VIII. Wiadomości bieżące.

— **Kraków** d. 9 marca. Jak wiadomo, właściwy obchód 50-letniego jubileuszu doktorskiego profesora i prezesa Dra Józefa Majera odłożono na czas Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w lipcu rb. Komitet Tow. lek. krak., któremu polecono zająć się tą sprawą, postanowił ofiarować szanownemu Jubilatowi album z podpisami lekarzy polskich. Do zbierania tych podpisów zaprasza Komitet wielu lekarzy w ten sposób, że im rozsyła osobne kartki, na których w miejscu ściśle oznaczonêm podpiszą się koledzy, poczêm z kartek przysłanych do Krakowa wytną się podpisy i przylepią na pergaminie w adresie tak samo, jak to zrobiono z adresem do J. I. Kraszewskiego. Album, o którêm mowa, będzie wykonane ozdobnie i artystycznie, czego podjął się znany zaszczytnie Julijusz Kossak, a ponieważ koszta albumu będą bardzo znaczne, spodziewać się należy, iż koledzy, którym stósunki pozwalają, złożą wyższą od oznaczonéj (tj. najmniéj 50 centów lub 50 kopiejek od każdego podpisu) opłatę, têm chętniéj, że całą nadwyżkę dochodów po pokryciu kosztów przeznacza Tow. lek. krak. w jednéj połowie na kasę wsparcia wdów i sierót po lekarzach istniejącą w Warszawie, w drugiéj na fundusz żelazny Tow. lek. gal.

* Ponieważ większa liczba kandydatów medycyny z 4go i 5go roku tutejszego Wydziału lek. zgłosiła się do redakcyi oświadczając gotowość abonowania Przegl. Lek., Komisyja redakcyjna postanowiła dawać im tygodnik przez cały czas studyjów za połowę ceny zwykłéj, a zarazem powzięła uchwałę, że równe uwzględnienie znajdą polscy kandydaci medycyny, uczęszczający na inne Wydziały lekarskie austryjackie lub zagraniczne za przedstawieniem dowodu, że są kandydatami medycyny.

* Uwzględniając stósunki miejscowe c. k. Namiestnictwo rozporządzeniem z d. 22 lutego rb. dozwoliło Drowi Wenantemu Piaseckiemu utrzymywania apteki domowéj w Zakopanêm.

* W Nrze 44 *Gazety Warszawskiéj* z d. 25 lutego rb. znajdujemy artykuł Dra G. Fritschego o słownictwie i języku lekarskim. Spotykamy się tu z uwagami, skądinąd już znanemi, odnoszącemi się do słownika lekarskiego; uwagi te po największéj części zostały już uwzględnione przez autorów słownika.

* **Wiedeń**. Prof. Billroth wykonał d. 28 lutego drugą resekcyję żołądka u kobiety lat 39 liczącéj, śród warunków niekorzystniejszych, aniżeli w pierwszym przypadku. Chora dotąd żyje.

* **Paryż**. Dr. medycyny Kamil Appay zamianowany został radcą przy sądzie apellacyjnym w Limoges. Appay będąc doktorem praw i adjunktem przy trybunale cywilnym w Paryżu otrzymał w r. 1875 dyplom doktora medycyny, ogłosiwszy rozprawę o kile. (*Gaz. des Hôp.*)

* **Nekrologija**. Pensyjonowany niedawno prof. położnictwa w Heidelbergu, tajny radca dworu Lange odebrał sobie życie. — W Paryżu umarł Dr. Mattei, znany akuszer.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W Gazecie Lekarskiéj Nr. 10: Przewóskiego: Jedna z chorób następczych po tyfusie brzusznym; Jasińskiego: Spostrzeżenia dotyczące leczenia choroby Potta (c. d.) Matlakowskiego: O zatruciu kwasem karbolowym (dok.) — W *Medycynie* Nr. 10: Rybickiego: Kazuistyka sądowolekarska. I. Śmierć z rozjechania pociągiem drogi żelaznéj (dok.); Gajkiewicza: O umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.)

Piśmiennictwo lekarskie. ERB. W. Ueb. spinale Myosis und reflectorische Pupillenstarre. gr. 4. Leipzig, Edelmann. M. 75.

FALCK F. A. Lehrbuch der practischen Toxicologie. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 8.

FLÜGGE C. Lehrbuch der hygienischen Untersuchungsmethoden. Mit 88 Abbildgn. im Text, 17 Tab. u. 4 Tfln. gr. 8. Leipzg, Veit et Co. M. 16.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Srodę dnia 16 bm. posiedzenie zwyczajne w sali Akademii Umiejętności, na którém będą odczyty zalegające ze zeszłych posiedzeń.

Na rzecz funduszu dla wdów i sierót po lekarzach nadesłali: Dr. Julijusz Kwaśniewski z Lublina 3 rsr. i Dr. Adam Jentys z Lublina 2 rsr.

Od Administracyi.

Nakład początkowych Nrów Przeglądu Lek. mianowicie 4, 5, 6, 7 z rb. jest wyczerpany. Ktoby takowych nie potrzebował, zechce łaskawie nadesłać je do Administracyi.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

PAIN-EXPELLER

(Essent. camphor. comp. Richter).

Z zadowoleniem skonstatować możemy iż pożyteczny ten wyrób farmaceutyczny jedna sobie i u PP. Lekarzy coraz więcéj wzięcia, a doświadczenia przez nich czynione, między innemi także w c. k. powszechnym szpitalu w Wiedniu (ob. *„Allg. Wiener Medizinische Zeitung“* z 28 Grudnia 1880 Nr. 52) dowiodły, że zewnętrzne zastosowanie tego środka przeciw cierpieniom **dnawym** i **reumatycznym**, przeciw **znieczulicy** itp. sprawiało zawsze **skutki tak doniosłe**, że takowe powinny skłonić każdego lekarza do przedsiębrania doświadczeń, w którym to celu ofiarujemy chętnie próby leku **bezpłatnie**. W celu zapobieżenia pomyłkom z **istniejącemi naśladowaniami**, ordynują PP. Lekarze powyższy przetwór jak następuje: Essent. camphor. comp. Richter (vera ancora signif.); zaś u publiczności znany i poszukiwany on jest jako: **„Pain-Expeller z kotwicą.“**

F. Ad. Richter i Sp., c. k. dostawcy nadworni.

Wiedeń — Rudolstadt — Norymberga itd.

OBERSALZBRUNN NA SZLĄSKU.

Urzędownie stwierdzono rozsyłkę w r. 1880 250.911 flaszek.

Tutejsze zdroje mineralne Oberbrunnen i Mühlbrunnen są słynnemi alkalicznemi szczawami. Stoją obok zdrojów w Ems i Eger Salzquelle i są ponieważ **łagodnie działają nie osłabiając** od dawna uznane za skuteczne w chorobach płuc i dróg oddechowych jak również narządów brzusznych zwłaszcza w plethora abdominalis w długotrwałym nieżycie żołądka i dwunastnicy, w nieżycie pęcherza itd. Rozsełka odbywa się przez cały rok. Odsprzedający otrzymują rabat. **Zdrojowisko Obersalzbrunn w górach szląskich. Inspekcyja zdrojowa w księstwie pszczyńskiém.**

Dr. ANJELA
Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel

(na Szląsku austryjackim)

Najbliższa stacyja kolei żelaznéj **Ziegenhals** jest o milę odległą. Leczenie za pomocą elektroterapii, miesienia, kąpieli z igliwija. Zakład jest przez cały rok otwartym.

Panom Lekarzom poleca się:

Löflunda pożywienie dla dzieci, wyciąg zupy Liebiga dla osesków, jest w ciągłém użyciu w zakładach ratunkowych dla dzieci i okazuje się być dzielnym środkiem w nieżytach kiszek.

Löflunda wyciąg słodowy, czyste zgęszczone Extr. Malti Pharm. german., przez Niemeyera i innych znakomitych klinicystów i lekarzy wielokrotnie przepisywany i zalecany.

Löflunda wyciąg słodowy z żelazem, Extr. Malti ferrat. Pharm. german zawiera 2% Ferr. pyrophosphor. c. Ammon. citr. (w 1 łyżce 30 Ctgrm.), przetwór przez połączenie składników szczmiących i odżywczych bardzo skuteczny.

Löflunda wyciąg słodowy z wapnem, zawierający podług Dr. Reicha 2% Calcar. hypophosphoros. (w 1 łyżce 30 Ctgrm.) dla dzieci krzywiczych i cierpiących na płuca.

Löflunda wyciąg słodowy z tranem rybim, zawiesina złożona z równych części najdelikatniejszego norwegskiego tranu rybiego wątłuszowego i ze zgęszczonego wyciągu słodowego, rozpuszczająca się w wodzie bez wydzielenia oleju i będąca daleko łatwiejszą do zażywania i znoszenia jak sam tran rybi. (Środek ten polecał Dr. Davies w Chicago a Löflund wprowadził w użycie).

Te przetwory firmy **Ed. Löflund** w **Stuttgardzie** a które na wystawach w Paryżu, Wiedniu i Filadelfii pierwsze nagrody otrzymały, dostać można **w Krakowie** w Aptekach Panów **K. Wiszniewskiego** i **W. Redyka.**

Podpisany poleca Panom Lekarzom swe

Przyrządy elektryczno-lekarskie

dla prądu tak galwanicznego jak indukcyjnego z wszelkiem dodatkami, ogniwa najrozmaitsze itd. przyczém pozwala sobie zwrócić uwagę na najnowszy

Przyrząd galwaniczny przenośny

według pomysłu Spamera zbudowany, a opisany i polecony **w Nrze 31 Przeglądu lekarskiego z r. 1878.**

Cenniki na żądanie przesyła gratis i franco.

Rudolf Krüger
fabrykant przyrządów elektrycznych lékarskich i telegrafów w **Berlinie** S. W. Simeonsstrasse 20

MEDAL ZŁOTY

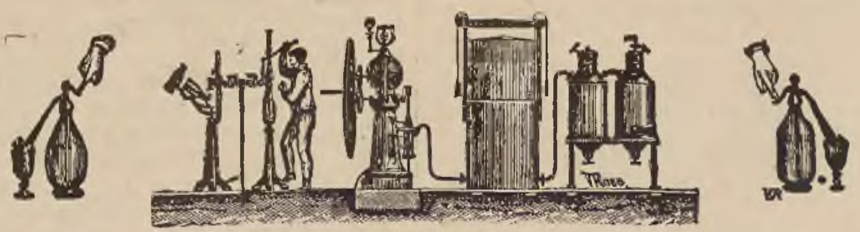




na Wystawie powszechnéj w r. 1878.
WIELKI MEDAL ZŁOTY i MEDAL POSTĘPU 1872—1873.
4 Dyplomy honorowe.

Maszyny nieustanne
do wyrabiania **NAPOI GAZOWYCH** wszelkiego gatunku.
Wody selcerskiéj, Limoniady, Soda Water, win musujących, nasycania gazem piwa etc.

Syfony o wielkiéj tłoczni.



Syfony o wielkiéj tłoczni.

SYFONY o wielkiéj i małéj tłoczni, kształtów owalnego i walcowego, wypróbowane pod ciśnieniem 20tu atmosfer. Proste, trwałe, łatwe do czyszczenia. Cyna najlepszego gatunku. Szkło kryształowe.

J. HERMANN LACHAPELLE 144, rue du FAURBOURG POISSONNIÈRE — PARYŻ.
Posyłka bezpłatna prospektów szczegółowych.
J. BOULET et Comp. NASTĘPCY.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.